FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1924 — THÈSE — N° _

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ETAT

PAR

Jules HUREZ

Né à Douai (Nord) le 18 juin 1896

Ancien externe des Hôpitaux de Paris

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

BOTRYOMYCOMES BUCCAUX

(GRANULOMES TÉLANGIECTASIQUES)

Président : M. LECÈNE, *professeur*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & Cie, EDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1924

LE DOYEN... M. ROGER

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	NICOLAS.
Anatomie médico-chirurgicale	CUNÉO.
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	André BROCA.
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie	BEZANÇON.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale	SICARD.
Pathologie chirurgicale	LECÈNE.
Anatomie pathologique	LETULLE.
Histologie	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale	RICHAUD.
Thérapeutique	CARNOT.
Hygiène	Léon BERNARD.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER.
Clinique médicale	GILBERT. CHAUFFARD. ACHARD. WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
Clinique chirurgicale	DELBET. HARTMANN. LEJARS. GOSSET.
Clinique ophtalmologique	De LAPERSONNE.
Clinique urologique	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE. BRINDEAU. JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	BROCA Auguste.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.	
ABRAMI.....	Pathologie médicale
ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.
AUBERTIN	Pathologie médicale.
BASSET.....	Pathologie chirurgicale.
BAUDOUIN	Pathologie médicale.
BINET	Physiologie.
BLANCHETIÈRE	Chimie biologique.
BRANCA.....	Histologie.
BRULÉ.....	Pathologie médicale.
BUSQUET.....	Pharmacologie et matière médicale.
CADENAT.....	Pathologie chirurgicale.
CHAMPY	Histologie.
CHIRAY.....	Pathologie médicale.
CLERC.....	Pathologie médicale.
DEBRÉ.....	Hygiène.
I. de JONG.....	Anatomie pathologique.
DUVOIR.....	Médecine légale.
ÉCALLE.....	Obstétrique.
FIESSINGER...	Pathologie médicale.
FOIX.....	Pathologie médicale.
GARNIER.....	Pathologie expérimentle.
HARVIER.....	Pathologie médicale.
HEITZ-BOYER..	Urologie.
HOVELACQUE..	Anatomie.
JOYEUX.....	Parasitologie.

MM.	
LABBÉ (Henri).	Chimie biologique.
LARDENNOIS..	Pathologie chirurgicale.
LE LORIER....	Obstétrique.
LEMAITRE.....	Oto-rhino-laryngologie.
LEMIERRE	Pathologie médicale.
LÉVY-SOLAL...	Obstétrique.
LHERMITTE...	Pathologie mentale.
LIAN	Pathologie médicale.
MATHIEU.....	Pathologie chirurgicale.
METZGER.....	Obstétrique.
MOCQUOT.....	Pathologie chirurgicale.
MONDOR.....	Pathologie chirurgicale.
MOURE	Pathologie chirurgicale.
MULON.....	Histologie.
PHILIBERT....	Bactériologie.
RIBIERRE.....	Pathologie médicale.
RICHET Fils...	Physiologie.
ROUVIÈRE	Anatomie.
STROHL	Physique médicale.
TANON	Pathologie médicale.
TIFFENEAU ...	Pharmacologie et matière médicale.
VAUDESCAL...	Obstétrique.
VERNE	Histologie.
VILLARET.....	Pathologie médicale.
WELTER.....	Ophtalmologie.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.	
CAMUS.....	Physiologie.
GOUGEROT.....	Pathologie médicale.
GUÉNIOT.....	Obstétrique.

MM.	
RETTERER.....	Histologie.
ROUSSY.....	Anatomie pathologique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.	
AUVRAY.....	Clinique chirurgicale.
CHEVASSU	Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE	Clinique médicale.
LEREBOULLET.	Clinique médicale infantile.
LÉRI	Clinique médicale.
LŒPER	Clinique médicale.

MM.	
OMBRÉDANNE.	Clinique chirurgicale infantile.
PROUST	Clinique chirurgicale.
RATHERY.....	Clinique médicale.
SCHWARTZ ...	Clinique chirurgicale.
TERRIEN.....	Cliniq. ophtalmologique.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM MAUCLAIRE, agrégé.....	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY.....	Stomatologie.
N.....	Éducation physique.
LEDOUX-LEBARD.....	Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON GRAND-PÈRE

A MES GRANDS-PARENTS

A MON PÈRE

A MA MÈRE

MEIS ET AMICIS

A Monsieur le Professeur LECÈNE

Chirurgien de l'hôpital Saint-Louis
Professeur de Pathologie chirurgicale

Hommage de respectueuse et profonde gratitude pour le grand honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de cette thèse.

A mon Maitre

M. le Professeur Agrégé OKINCZYC

Chirurgien des Hôpitaux

Qui nous a inspiré le sujet de cette thèse et auquel nous adressons l'hommage de notre profonde reconnaissance.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

MM. les Professeurs : QUÉNU, WIDAL.

MM. les Professeurs Agrégés : CASTAIGNE, LEREBOULLET, MACAIGNE, METZGER, MOCQUOT.

MM. les Docteurs :

BAUMGARTNER, Chirurgien de l'Hôpital de la Charité.

CANTONNET, Ophtalmologiste de l'Hôpital Cochin.

CROUZON, Médecin de l'Hospice de la Salpêtrière.

DALCHÉ, Médecin de l'Hôtel-Dieu.

DELHERM, Chef du Laboratoire d'Electro-Radiologie de la Pitié.

POULARD, Ophtalmologiste de l'Hôpital des Enfants-Malades.

THIBIERGE, Membre de l'Académie de Médecine, Médecin de l'Hôpital Saint-Louis.

VURPAS, Médecin de l'Hospice de la Salpêtrière.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

BOTRYOMYCOMES BUCCAUX

(GRANULOMES TÉLANGIECTASIQUES)

INTRODUCTION

Une erreur de diagnostic qui fut commise à propos d'un botryomycome de la langue (Observation nº III), erreur qui aurait pu entraîner les conséquences les plus fâcheuses si elle n'avait pas été bientôt rectifiée, nous a engagés, sur les conseils de M. le Dr Okinczyc, Professeur agrégé, à rechercher comment se présentaient habituellement les botryomycomes buccaux et à envisager, à cette occasion, les diverses manières dont on peut les traiter actuellement.

Mais avant d'étudier le botryomycome buccal, il nous semble utile, pour mettre le sujet dans son cadre, de donner en un chapitre spécial un aperçu historique de la question.

Nous tenons en commençant ce travail à remercier de leurs précieux renseignements MM. les Drs Okinczyc, Professeur agrégé, Clément Simon et Civatte, et nous leur sommes très vivement reconnaissants des judicieux conseils qu'ils ont bien voulu nous donner.

Nous remercions également M. le Dr Léri, professeur agrégé et M. le Dr Milian de nous avoir permis de voir dans leurs services des malades porteurs de botryomycomes de la bouche.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

On a donné le nom de *Botryomycosé* à une affection caractérisée par de petites tumeurs pédiculées bénignes siégeant le plus souvent sur la peau. Si tous les auteurs sont sensiblement d'accord sur l'aspect du botryomycome, il n'en a pas toujours été de même en ce qui concerne l'histogénèse et l'étiologie de la tumeur. Aussi croyons-nous utile de résumer rapidement à ce sujet les opinions très diverses qui eurent cours successivement.

Les premières observations de l'affection, ou plutôt d'une affection rappelant celle de l'homme, ont été faites sur les animaux où elles sont connues depuis longtemps.

En 1869, Bollinger, à l'autopsie d'un cheval remarque dans le poumon cinq à sept nodules de la dimension d'une noisette qui contiennent des grains jaunes formés, selon lui, par un parasite qu'il nomme *zooglea pulmonalis equi*. Il donne à cette affection le nom de *pneumomycosis chronica*.

En 1897, Rivolta découvre dans une tumeur du cor-

don testiculaire un micromycète ressemblant beaucoup à l'actinomyces bovis et le nomma *discomyces equi.*

Après de nouvelles recherches, Bollinger et Rivolta, en 1887, proposèrent l'appellation de *botryomyces equi*, d'où les termes de *botryomycose* et de *botryomycome* qui ont prévalu jusqu'ici.

La botryomycose est donc connue des vétérinaires depuis fort longtemps. D'abord exclusivement observée chez le cheval, la botryomycose a aussi été signalée chez d'autres animaux. Chez le cheval la botryomycose est aussi connue sous le nom de champignon de castration, lésion locale qui est quelquefois le point de départ d'une généralisation.

On castre le cheval au moyen de deux casseaux maintenus serrés au-dessus des testicules et laissés à demeure. L'infection extérieure est favorisée par la persistance de débris béants de canaux épididymaires dans l'escarre.

La plaie bourgeonnante donne parfois naissance à une tumeur rouge en battant de cloche qui s'accroît rapidement et se recouvre bientôt d'une croûte brunâtre. Sa consistance est ferme. La tumeur atteint souvent le volume d'un poing, quelquefois davantage. Elle laisse échapper par des trajets fistuleux un pus qui contient des grains jaunes caractéristiques. Ce n'est que plus tard, si l'inflammation remonte le long du cordon, que l'état général peut être atteint.

La botryomycose, qui se manifeste le plus souvent sous forme de champignon de castration, peut également provoquer chez l'animal des tumeurs de la peau :

mycofibromes de Kitt, mycodermoïdes de Johne, botryomycomes de Bollinger. Ce sont des tumeurs mamelonnées, quelquefois douloureuses, sillonnées de fistules qui laissent sourdre un liquide purulent contenant des granulations jaunes. On peut observer ces tumeurs en des points très variables des téguments des animaux. Bollinger, Frohner ont trouvé des nodules secondaires au niveau du péritoine et des poumons.

A la suite des recherches de Rabe, de Kitt (1888) et surtout de Poncet et de ses élèves il sembla de plus en plus qu'il fallait abandonner la théorie mycosique et adopter la théorie microbienne. Il parut acquis que l'affection était due à un microbe spécifique (*botryocoque de Rabe*; *botryococcus ascoformans de Bollinger*).

Cependant à cette époque et même plus tard la théorie microbienne est encore très contestée. En 1898, Roger écrivait dans le *Traité de médecine* de Bouchard : « il existe chez le cheval une maladie, la botryomycose, dont le parasite est très voisin de l'actynomycète ; elle est caractérisée par des tumeurs souvent pédiculées se développant de préférence au niveau du scrotum et du cordon testiculaire à la suite de la castration. MM. Poncet et Dor ont démontré l'existence chez l'homme de la même mycose. La lésion, qui occupe généralement les doigts, se caractérise par le développement d'une tumeur unique, pédiculée, indolore, plus ou moins hémorragique. »

Puis la théorie microbienne fut à son tour combattue : Kitt prétend que le staphylocoque peut produire les mêmes lésions. Il montre que le botryocoque n'est qu'un

staphylocoque pyogène et il conclut le premier à leur identité. Pour lui le botryomycome est un bourgeon charnu développé sur une plaie septique.

En résumé, la botryomycose animale fut expliquée successivement de trois façons :

Bollinger et Rivolta accusèrent d'abord un champignon : le botryomyces. Plus tard, pour Rabe et Johne la maladie n'était plus provoquée par un champignon mais bien par le botryocoque.

Enfin certains auteurs avec Kitt, tendirent à identifier le botryocoque au staphylocoque.

L'histoire de la botryomycose humaine a passé par des phases analogues :

En 1897 Faber et Ten. Siethoff rapportent la première observation de botryomycose chez l'homme. Il s'agissait d'un garçon de ferme qui après avoir soigné le champignon de castration d'un cheval, présenta à la paupière de petites tumeurs qui laissaient échapper du pus contenant des granulations jaunes formées, croyait-on, de « botryomyces ».

Poncet et Dor quelques mois plus tard, au Congrès de Chirurgie, décrivent chez l'homme de petites tumeurs rouges, pédiculées, siégeant au niveau des doigts. Et comme leur aspect rappelait celui du champignon de castration, ils affirmèrent leur nature botryomycosique, s'appuyant sur le fait qu'ils avaient pu obtenir des cultures de soi-disant botryocoques.

Chambon s'est efforcé à cette époque d'exposer des caractères différentiels entre les cultures de botryocoques et celles de staphylocoques.

En réalité les caractères distinctifs attribués au botryocoque (aspect en tulipe de l'entonnoir de liquéfaction dans les cultures en gélatine, odeur de fraises des colonies, variation du pouvoir chromogène qui existerait entre 20 et 27° seulement) se montrent fort inconstants, et se rencontrent quelquefois d'ailleurs dans les cultures de staphylocoques véritables.

Pour Labbé (Thèse Paris, 1908-1909, n° 206) les amas muriformes parfois rencontrés dans les botryomycomes de l'homme ou de l'animal, étaient des stades d'agglutination de plastogamie d'une amibe parasite. Pour lui botryocoques et staphylocoques sont identiques et ne joueraient qu'un rôle secondaire; l'agent infectieux serait l'amibe.

On admet aujourd'hui que les amas muriformes ou boules hyalines, sont des amas de substance nucléaire en voie de désintégration (*pycnose*).

On voit donc que l'histoire du botryomycome animal et celle du botryomycome humain sont intimement liées. Il est généralement admis actuellement (Brocq, Darier, *Précis de Dermatologie*, 1923), que le fameux botryocoque n'est qu'un staphylocoque doré plus ou moins modifié et que c'est lui qui, dans des conditions encore mal déterminées, donne naissance à la botryomycose humaine comme à la maladie de l'animal.

Spire (Thèse Bordeaux, 1921-1922, n° 40,) et quelques auteurs croient cependant encore à l'origine mycosique de la botryomycose animale.

Nous n'avons pas la prétention de résoudre une question débattue depuis si longtemps.

Reconnaissons toutefois que si, comme on l'admet généralement, botryomycose humaine et botryomycose animale sont deux maladies parentes, elles évoluent d'une façon tout à fait différente suivant le terrain.

Chez l'animal en effet l'affection pourrait se manifester de trois façons différentes :

a) Champignon de castration;

b) Fibrome infectieux;

c) Botryomycose généralisée (qui serait une staphylococcose spéciale).

Chez l'homme, au contraire, le botryomycome est constamment une affection locale et bénigne, toujours semblable à elle-même.

Poucet et Dor, en 1897, identifiant l'affection de l'homme à celle de l'animal, à une époque où la théorie mycosique était communément admise, ont consacré le terme impropre de « botryomycose ». Ce mot éveille à tort une idée de parenté avec l'actinomycose qui en est totalement différente.

Le terme « granulome télangiectasique » créé par Küttner (1905) et proposé en France par M. Lecène puis par M. Hartmann, semble plus conforme aux conceptions actuelles. Il présente l'avantage de mettre en relief les deux principaux caractères anatomopathologiques de ces tumeurs sans présumer de l'étiologie encore discutée par quelques auteurs.

Au cours de ce travail nous avons cependant cru devoir respecter la terminologie classique, encore employée d'ailleurs dans tous les livres d'aujourd'hui.

CHAPITRE II

ETUDE CLINIQUE

A. — Siège

La botryomycose est peu fréquente. — M. Patry (Soc. Anat. Paris, juin 1908, p. 352), à une époque où cette affection était très étudiée, en totalisant les observations de botryomycose humaine publiées en France jusqu'à cette date ne relevait que 91 cas.

La localisation buccale du botryomycome que nous étudions dans ce travail est rare. Et si on rencontre parfois le botryomycome au niveau de la bouche, c'est-à-dire sur une muqueuse d'origine ectodermique à revêtement épithélial malpighien très voisine de la peau, on ne l'a jamais observé sur d'autres muqueuses. Voici les diverses localisations relevées dans la statistique de Patry :

Statistique de la thèse de Legroux (Paris, 1904) : 53 cas;

Piollet (*Gaz. des Hop.*, 1904) : 3 cas;

Poncet (Soc. de Chirurgie, 14 mars 1906) : 5 cas;

Hartmann (Soc. de Chirurgie, 28 mars 1906 : Rapport sur 27 observations de botryomycose présentées par MM. Thierry, Lenormant, Dujarier, Lecène, Silhol, p. 371);

Poncet et Leriche (Soc. de Chirurgie, 28 mars 1906) : 1 cas;

Piollet et Argaud (*Province Médicale*, 27 avril 1907) : 1 cas;

Dartigues et Bender (Soc. Anat., 21 juin 1907) : 1 cas;

Ces 91 cas comportent :

80 localisations cutanées.

11 localisations muqueuses;

Sur ces 11 localisations muqueuses nous trouvons le botryomycome siégeant :

1 fois sur la langue (Hartmann);

1 fois sur le palais (Hartmann);

9 fois sur la lèvre inférieure (Obs. XVI, XIX, XXVI, XL, XLI st LIII de Legroux; Obs. III, *Gaz. des Hôp.*, 1904, de Piollet; Obs. de Hartmann; obs. *Province médicale*, 27 avril 1907, de Piollet et Argaud).

Lenormant, en 1910, reprenant la statistique précédente, en y ajoutant les observations de Letulle, Mouchet, Jacquet, Barré et les observations allemandes de Frédéric, Kuttner, Coenen, Kreibich et Reitmann arrive à un total de 126 cas dont 107 siégeaient à la peau et 19 sur la muqueuse buccale.

Sur ces 19 : 17 siégeaient aux lèvres, 2 autres à la langue (Thierry) et 1 à la muqueuse de la voûte palatine (Lecène).

B. — Etiologie

La botryomycose, semble-t-il, est toujours consécutive à un traumatisme et on trouve à l'origine de beau-

coup de cas une plaie ou une effraction quelconque de l'épiderme qui d'ailleurs est quelquefois difficile à mettre en évidence. Les coupures de rasoir expliquent la fréquence particulière des botryomycomes à la lèvre inférieure.

D'autres fois il faut accuser l'infection d'une gerçure.

Au niveau de la langue, et plus spécialement à la pointe et sur les bords qui sont plus exposés, on trouve à l'origine une morsure, fréquente chez les épileptiques, ou de petits traumatismes répétés de dents ébréchées et non soignées. L'irritation produite par l'abus de l'alcool ou du tabac, la mauvaise hygiène buccale favorisent également l'éclosion de ces granulomes et l'on comprend ainsi la fréquence relative des botryomycomes à l'âge moyen de la vie et la prédominance dans le sexe masculin. Signalons aussi comme étiologie possible au niveau de la bouche et des lèvres en particulier, la présence de corps étrangers (échardes). Ces causes occasionnelles, plus fréquentes aux mains, ont été observées par divers auteurs (Gahinet 1902, thèse Paris).

Malgré quelques faits en apparence positifs on peut dire que la tumeur dans la règle n'est ni inoculable ni auto-inoculable. Cependant Tussan (*Lyon Chirurgical*, p. 241, 1918), a signalé un cas double de botryomycome chez un indigène au Maroc. Celui-ci présentait un botryomycome sur le bord latéral gauche de la langue, l'autre au niveau de la face dorsale du premier espace interdigital de la main gauche. La tumeur de la langue avait débuté par une excroissance rougeâtre qui s'ouvrit au huitième jour et laissa un cratère d'où sortit en

moins d'une semaine une excroissance d'un rouge luisant, pédiculisée, en battant de cloche.

Ces deux tumeurs furent enlevées chirurgicalement et ne reparurent plus.

L'observation de Delore que nous rapportons plus loin (obs. n° V) relate une autre double localisation du botryomycome. Elle est intéressante au sujet de l'inoculation peut-être possible dans certains cas, de ces petites tumeurs : le malade portait un botryomycome de la lèvre; et quinze jours après se développe sur la face palmaire du pouce gauche un autre botryomycome non moins typique.

C. — Description

Le Botryomycome est une tumeur pédiculée, le plus souvent unique, du volume d'une framboise, plus rarement d'une noisette; on l'a vu atteindre jusqu'à 5 centimètres de diamètre (cas de Poncet) mais c'est fort rare. — Le début après le traumatisme d'origine est souvent difficile à préciser et varie de quelques jours à quelques mois.

Le botryomycome a la forme générale d'un champignon muriforme à pied court. L'aspect framboesiforme se rencontre beaucoup plus souvent que l'aspect bilobé. La tête est une masse arrondie ou un peu aplatie de haut en bas, granuleuse finement mamelonnée, d'un rouge plus ou moins vif, saignant facilement. D'ordinaire cette tête repose sur le derme dont elle est

séparée par un sillon au fond duquel, en écartant la petite tumeur, on aperçoit le pédicule. La base de la tumeur est circonscrite par un épaississement de l'épiderme à travers lequel elle fait hernie. Dans toute l'étendue de leur contact avec le botryomycome les tissus de voisinage sont amincis, légèrement décollés et macèrent dans un suintement séreux ou séropurulent plus ou moins abondant.

La pédiculisation est, croyons-nous, le caractère le plus essentiel et peut-être le plus constant du botryomycome. Il faut reconnaître cependant que dans un certain nombre de cas cette pédiculisation est extrêmement réduite et pour ainsi dire inexistante. Quelquefois le pied de la tumeur est aussi volumineux que le sommet. Pour bien distinguer le pédicule il faut souvent soulever la tumeur avec une pince. On peut alors le contourner avec un stylet et le voir s'enfoncer dans le derme.

La consistance du botryomycome est assez particulière et se distingue assez nettement de celle des tumeurs plus ou moins analogues; elle est toujours ferme et élastique, assez résistante, sans rien de la mollesse et de la friabilité des bourgeons charnus habituels. La tumeur est quelquefois très légèrement réductible en raison de sa richesse vasculaire.

Le plus souvent indolence complète au toucher. Une pression un peu forte éveille la douleur en raison des fibres nerveuses, en général assez abondantes dans la tumeur. Dans la règle pas de douleur spontanée. Elle n'existe que si le botryomycome est infecté. Elle est due alors à la lymphangite et à l'adénite, qui sont elles-

mêmes exceptionnelles, et s'accompagne dans ce cas de démangeaisons et de sensation de chaleur.

Si le botryomycome est arraché accidentellement, il se produit une petite hémorragie en nappe et une douleur assez vive, ce qui montre bien la richesse vasculaire et nerveuse habituelle de ces petites tumeurs.

L'absence d'adénopathie est la règle car la botryomycose est une maladie purement locale, sans retentissement ganglionnaire, et n'intéressant pas l'état général.

L'ulcération paraît être un caractère à peu près constant des botryomycomes et il faut, pensons-nous, tenir pour douteux les diagnostics de botryomycome comme ceux de Reitmann, où la tumeur possédait un revêtement épithélial complet et ininterrompu. La tumeur, sous épidermique au début, sous l'influence de frottements ou du fait même de son développement distend peu à peu les tissus superficiels et émerge à travers une collerette épidermique.

Par suite des hémorragies la tumeur est souvent recouverte d'une croûte jaunâtre ou jaune brunâtre.

Les hémorragies à répétition sont de règle; la plupart des malades s'en plaignent en venant consulter et il suffit de palper la tumeur, pour voir se manifester ce symptôme. Ce sont des hémorragies en nappe, de sang rouge vif, en général assez copieuses, malgré les dimensions minuscules de la tumeur longtemps persistantes sous forme de suintements mais jamais inquiétantes. L'abondance des vaisseaux dans le botryomycome les explique aisément.

Evolution. — L'évolution du Botryomycome est

presque toujours la même : la petite tumeur se développe insidieusement et d'ordinaire lentement. En quelques semaines ou quelques mois elle atteint le volume d'un pois ou d'une petite cerise. Parfois cependant quelques jours seulement lui suffisent pour atteindre son volume maximum : Sabrazes et Laubie ont vu apparaître en quatre jours au niveau d'une plaie frontale un botryomycome d'aspect typique.

Les dimensions définitives, toujours modérées d'ailleurs, étant atteintes en quelques semaines en général, la tumeur reste indéfiniment stationnaire. C'est souvent à ce moment que, ennuyé de la persistance de la petite tumeur ou effrayé par les hémorragies, les malades viennent consulter. Divers auteurs insistent sur la lenteur habituelle de l'évolution du botryomycome. Laissées à leur évolution naturelle ces tumeurs peuvent persister des années, donnant lieu assez souvent à de petites hémorragies.

Le botryomycome peut s'infecter. Des points de nécrose apparaissent alors : Nécrose superficielle ou nécrose pénétrante donnant un aspect cratériforme à la tumeur. Si la nécrose atteint le pédicule, l'élimination spontanée se produit. Ce mode de terminaison se rencontre quelquefois. Dans tous les cas, dans la pratique, il ne faudra jamais compter sur ces solutions exceptionnelles ou très tardives. Mais, du moins, doit-on regarder la botryomycose humaine comme une affection essentiellement bénigne. Toujours la tumeur reste localisée et pédiculée; jamais elle n'envahit les tissus au delà de sa base d'implantation; jamais elle ne réagit sur les ganglions

régionaux en dehors des cas d'adénite inflammatoire banale par infection secondaire au niveau d'un botryomycome qui suppure. La santé générale reste toujours parfaite. Enfin on n'a jamais vu de récidive après une ablation complète.

Le botryomycome de la bouche présente quelques particularités qui pour n'être pas absolument pathognomoniques, se rencontrent pourtant plus fréquemment que lorsque la tumeur siège sur une autre partie du corps. En effet on remarque souvent que la croûtelle hémato-purulente qui recouvre d'ordinaire le botryomycome de la peau fait place dans la bouche à une sorte d'enduit blanchâtre, pseudo-membraneux, plus ou moins teinté de sang. Il se laisse d'ailleurs enlever facilement, donnant lieu à une petite hémorragie, et laisse voir le pôle supérieur ulcéré du botryomycome sous-jacent.

Le pédicule est souvent très court et très gros. Ceci est surtout vrai pour le botryomycome de la langue. Ici on ne rencontre presque jamais le pédicule grêle, ténu, qui figure sur les schémas classiques de botryomycome du doigt des ouvrages de Poncet, Dor et Berard. En effet le botryomycome de la langue est plutôt sessile que pédiculé, c'est-à-dire qu'il repose presque directement sur la langue, sur laquelle il semble posé. Il n'y a pas de pédicule à proprement parler, mais une sorte de gros pied à peine ébauché, toujours très court, avec sillon peu marqué. Au niveau de la langue la tumeur est aussi moins élevée : trois ou quatre millimètres en général; quelquefois même elle se développe en profondeur dépassant à peine le niveau des tissus voisins.

Les troubles fonctionnels résultent surtout de la crainte où est le malade de provoquer des hémorragies, ou de petites douleurs, à l'occasion des mouvements de mastication notamment.

Une légère sialorrhée est assez fréquente.

Quand le botryomycome siège à la pointe de la langue principalement on note presque toujours une maladresse marquée de la langue qui entraîne des troubles de prononciation.

CHAPITRE III

DIAGNOSTIC

Le diagnostic de « botryomycome », généralement évident aux mains où on le rencontre le plus fréquemment, est souvent moins caractéristique au niveau de la bouche où des signes communs avec d'autres affections peuvent prêter à erreur.

Toute tumeur de la bouche, rappelant par son aspect le botryomycome, doit tout d'abord faire envisager le diagnostic de chancre syphilitique ou de néoplasme au début. Ne pas reconnaître ces affections lorsqu'elles existent, serait aussi grave que de laisser au malade, dans le cas contraire, la perspective d'une opération immédiate et mutilante ne mettant pas toujours à l'abri des récidives, ou l'obsession d'un long traitement spécifique pour une maladie grave.

Le botryomycome repose quelquefois sur une plaque légèrement indurée. Il peut aussi, très rarement il est vrai, et seulement quand il est infecté, s'accompagner d'adénopathie. A cause de cette induration et de cette adénopathie il peut être confondu avec l'un des multiples aspects que peut revêtir le chancre syphylitique, le chancre hypertrophique en plateau en particulier, d'ailleurs rarement observé.

Mais l'induration du botryomycome n'a pas les caractères de celle du chancre. Contrairement à celle du chancre elle est toujours peu marquée, et reste strictement limitée à la base sans jamais atteindre les portions latérales de la tumeur.

L'adénopathie du chancre est bien différente de celle du botryomycome. Habituelle, augmentant rapidement et très précoce en cas de chancre, elle est au contraire tardive et exceptionnelle en cas de botryomycome. Elle est d'ordinaire très marquée et s'accompagne de périadénite.

Elle doit être recherchée à son lieu d'élection et l'on se rappellera la topographie lymphatique de la région : adénopathie sous mentale pour les chancres de la lèvre inférieure, et sous-maxillaire pour ceux de la lèvre supérieure ou de la commissure.

S'il s'agit d'un chancre de la langue, les ganglions sous-maxillaires et parfois sternomastoïdiens sont toujours pris. Ils présentent des caractères analogues à ceux des autres infections primaires syphilitiques et on distinguera souvent un gros ganglion avec pléiade ganglionnaire quasi indolore.

L'adénopathie est toujours beaucoup plus marquée pour un chancre que pour un botryomycome.

Enfin le chancre n'est jamais pédiculé. Il n'est pas hémorragique. Son évolution ne ressemble en rien à celle du botryomycome : après s'être développé une quinzaine de jours il tend à se cicatriser.

Si le doute subsistait encore, ou surveillerait l'apparition des accidents secondaires. Mais mieux vaudrait

rechercher localement la tréponème ou faire une biopsie.

Pour établir le diagnostic de cancer ou de botryomycome on tiendra compte dans une certaine mesure de l'âge du malade et du siège de la lésion : une tumeur de la lèvre supérieure a toute chance de ne pas être un cancer, car l'immense majorité des cancers siège à la lèvre inférieure. De même que le cancer de la lèvre, affection des vieillards, est d'emblée éliminé chez l'enfant.

Le cancroïde de la lèvre est grisâtre et dur, tandis que le botryomycome est rouge et plus mou. On recherchera attentivement le pédicule, quelquefois très réduit d'ailleurs, qui est un des caractères essentiels du botryomycome et qui ne se rencontre pas dans le cancer.

A cause de la plaque indurée, de l'adénopathie qui accompagnent parfois le botryomycome et des hémorragies communes aux deux lésions, il peut être difficile de le distinguer de certains cancers au début. Mais la plaque indurée du botryomycome, quand elle existe, est toujours bien limitée et nettement distincte de la langue, tandis que celle du cancer est épaisse et diffuse.

L'adénopathie du cancer sera recherchée à son lieu d'élection (pour les lèvres : groupe ganglionnaire sous hyoïdien médian dans le cancer de la partie moyenne de la lèvre inférieure et groupe sous-maxillaire dans le cancer des commissures et de la lèvre supérieure ; pour la langue, par ordre de fréquence et suivant le siège de la tumeur : les ganglions sous-maxillaires, les cervicaux profonds et enfin les ganglions sous-mentaux et sus-hyoïdiens).

L'adénopathie du cancer ne ressemble pas à celle du

botryomycome. Elle est constituée, en cas de cancer, par des ganglions petits, très durs et isolés, roulant séparément sous le doigt. Elle ne manque jamais. Elle est généralement assez précoce et n'augmente que lentement.

L'adénopathie du botryomycome, nous l'avons dit, est très exceptionnelle. Elle est tardive et ne survient que dans les cas de botryomycome infecté. Les ganglions ici sont plus gros, moins nombreux et de type inflammatoire, c'est-à-dire noyés dans une atmosphère périganglionnaire empâtée et épaissie.

Pour dépister le cancer on recherchera encore, avec les autres signes de syphilis, les plaques de leucoplasie sur lesquelles il se greffe si souvent.

Toutefois il est des cas particulièrement difficiles où seul l'examen histologique peut éclairer le diagnostic. Nous n'en voulons pour preuve que l'observation rapportée par MM. Cunéo et Delamare (Soc. Anat. Paris, 1907, p. 336) où l'on voit un botryomycome de la langue avoir été pris pour un épithélioma et enlevé comme tel par M. Poirier avec ablation de ganglions sous maxillaires et sternomastoïdiens alors que l'examen histologique montra qu'il s'agissait d'un botryomycome.

L'erreur inverse fut d'ailleurs aussi quelquefois commise : Torlais cite trois cas de petites tumeurs (dont une siégeait à la lèvre) qui cliniquement avaient été prises pour des botryomycomes et qui se sont montrées au microscope de véritables épithéliomas.

La nécessité des examens histologiques s'impose dans tous les cas.

Le sarcome pédiculé, à cause de son pédicule à cause de l'absence habituelle d'adénopathie et de la possibilité d'hémorragies quand la muqueuse, non envahie cependant par la tumeur, s'est ulcérée mécaniquement, pourrait être confondu avec le botryomycome. Mais cette tumeur est très exceptionnelle. De plus elle se rencontre presque uniquement chez les jeunes sujets. Le arcome pédiculé est moins hémorragique que le botryomycome. Il est plus dur également et atteint rapidement un plus gros volume. L'examen histologique est indispensable car se sont là parfois des nuances difficiles à apprécier.

Le caractère hémorragique de certains angiomes, l'absence habituelle d'ad nopathie les ont quelquefois fait confondre avec les botryomycomes. Si l'on ne trouve pas de signes particuliers aux angiomes (caractère érectile de la tumeur à l'occasion des efforts, parfois pulsatilité et toujours réductibilité partielle, grosses dilatations variqueuses ou présence d'autres formations angiomateuses dans le voisinage), on fera un examen histologique qui montrera la structure habituelle des angiomes, l'intégrité presque constante du revêtement épidermique sauf aux endroits où il aurait été usé mécaniquement par le frottement des dents en particulier. Cet examen peut d'ailleurs être difficile à interpréter car il y a une certaine analogie de structure entre l'angiome et le botryomycome, analogie si grande parfois que l'on a prétendu que certains botryomycomes n'étaient que de petits angiomes qui, ayant passé inaperçus, se seraient modifiés, par l'inoculation du staphylocoque à l'occasion d'un traumatisme. Et cette

hypothèse expliquerait que, comme les angiomes, les botryomycomes siègent beaucoup plus souvent au niveau de la surface cutanée que sur les muqueuses. C'est pourquoi les botryomycomes siègeraient souvent dans des régions bien vascularisées, riches en capillaires et précisément là où se rencontrent fréquemment les angiomes.

Nous ne parlerons pas des lymphangiomes qui, plus diffus, ne peuvent prêter à confusion.

Les fibromes, les lipomes de la langue ne sont pas hémorragiques et sont trop différents des botryomycomes pour être un instant confondus.

Le Molluscum fibreux infect peut se présenter sous les apparences d'un botryomycome car il est souvent pédiculé ou sessile; mais il est plus mou et beaucoup moins hémorragique que le botryomycome. De plus il est facile d'établir, par les commémoratifs, que le molluscum avait depuis peu une surface ulcérée alors que cette ulcération de la surface de la tumeur existe dès le début s'il s'agit d'un botryomycome.

Le diagnostic entre granulome télangiectasique et papillome d'irritation par corps étranger (1) peut se poser également au niveau de la bouche. On trouvera ce corps étranger à l'excision de la tumeur. Ce diagnostic n'est souvent fait que par l'examen histologique qui permet le plus souvent de constater dans le papillome d'irritation, une hyperplasie épidermique avec hyper-

1. Lecène et Okinezyc ; Pseudobotryomycome de l'annulaire (papillonne d'irritation par corps étranger), *Bull. et Mém. Soc. Anato. de Paris*, 1911, 24 fév., p. 123.

acanthose et allongement des espaces interpapillaires, et un tissu conjonctif chroniquement enflammé. Mais on ne trouve pas la grande abondance de vaisseaux néoformés ni la charpente fibreuse en éventail du granulome télangiectasique. Enfin, le simple bourgeon charnu, offre une certaine analogie clinique et histologique avec le botryomycome. Mais si le bourgeon charnu saigne quelquefois, il n'est pas à proprement parler hémorragique. Il est moins bien pédiculé, plus friable et plus mou que le botryomycome. Il disparaît facilement devant les cautérisations ordinaires, alors que celles-ci augmentent en général la vitalité du botryomycome.

Histologiquement, on constate que le bourgeon charnu ne possède, ni le stroma fibreux en éventail noyé au milieu d'un tissu de granulation, ni l'abondance particulière de capillaires dilatés qui sont caractéristiques du botryomycome et explicatifs du terme de « *granulome télangiectasique* » employé par Küttner.

CHAPITRE IV

ANATOMIE PATHOLOGIQUE (1)

A la coupe, le botryomycome est plus ou moins dur suivant que l'on se rapproche du pédicule, suivant aussi son ancienneté. La surface de section présente souvent un aspect luisant vernissé noté par plusieurs auteurs.

Au faible grossissement, sur une coupe longitudinale, la tumeur apparaît en saillie au-dessus du plan des tissus sains. On remarque d'abord à la partie moyenne, la prédominance de grandes lacunes vasculaires, vides de sang, rappelant l'aspect d'une éponge, et s'entremêlant à un faisceau fibreux disposé en éventail depuis le pédicule jusqu'à la périphérie.

A un grossissement plus fort, on voit que le revêtement épidermique de ces tissus se continue sur presque toute la hauteur de la tumeur. Il s'interrompt au niveau du pôle supérieur, et il y a là une ulcération qui d'ordinaire est recouverte par une croûte fibrineuse, souvent arrachée au cours des manipulations de laboratoire.

Le revêtement épidermique, sur les parois latérales de

1. Nous tenons à remercier ici M. le Dr Clément Simon qui a bien voulu mettre à notre disposition ses coupes de botryomycomes de la muqueuse buccale et M. le Dr Civatte qui a eu l'obligeance de nous guider pour les examiner.

la tumeur présente des traces évidentes d'inflammation. Depuis le point où il s'infléchit, c'est-à-dire au niveau du pédicule, il prolifère abondamment; il y a hyperacanthose aussi bien au-dessus des papilles que dans les bourgeons interpapillaires. En même temps les cellules épineuses s'œdématient. Aux abords du pôle supérieur, l'épiderme s'amincit, s'étire, s'infiltre de polynucléaires; les couches superficielles disparaissent puis les couches profondes elles-mêmes.

Quelquefois l'épiderme est détruit au niveau du sillon et la tumeur éversant ses bords au passage s'entoure d'une sorte de colerette épidermique.

La structure du tissu qui soulève l'épiderme et qui constitue la tumeur a prêté à quelques discussions : la théorie de Poncet et Dor qui ont voulu considérer le botryomycome comme une *adénofibrose sudoripare*, est aujourd'hui abandonnée. Elle ne pourrait d'ailleurs s'accorder avec les observations que nous rapportons où nous voyons des botryomycomes implantés sur la langue ou sur le bord rouge de la lèvre, c'est-à-dire sur une muqueuse dépourvue de glandes sudoripares.

Abadie et Bosc considèrent les botryomycomes humains comme des « fibro papillomes muqueux vasculaires ». Le terme de fibrome est parfaitement justifié au moins dans la plupart des cas car on y trouve en abondance du tissu fibreux surtout dans les tumeurs anciennes. Le mot papillome prête davantage à contestation car ce terme est d'ordinaire réservé à une prolifération de papilles avec saillie à l'extérieur et cet aspect n'est pas celui du botryomycome. On dit aujourd'hui

communément que le tissu du botryomycome est du tissu de bourgeon charnu. La définition est exacte pour nombre de cas. Elle est trop sommaire pour s'appliquer à tous. On y retrouve en effet les éléments histologiques du bourgeon charnu mais avec une disposition un peu spéciale.

Au niveau du pôle supérieur, la surface ulcérée, qui ne manque jamais dans le botryomycome présente, dans un réticulum fibrineux, des masses de globules blancs plus ou moins altérés, mélangés à la flore microbienne habituelle de la bouche. Jusque là, rien qui diffère d'une plaie banale. Mais au-dessous de cette surface ulcérée, la zone de réaction fibroblastique, assez limitée dans les plaies ordinaires, présente ici une étendue considérable. Elle constitue la saillie exhubérante visible à l'œil nu et pénètre profondément dans le derme.

Ce qui caractérise cette prolifération c'est qu'elle ne se fait pas en une masse homogène mais constitue une série de lobes et de lobules. Ces lobes sont parfois nettement séparés les uns des autres par de grandes lames de tissu conjonctif à peine enflammé. Ils sont d'autres fois noyés dans une atmosphère inflammatoire et moins bien séparés les uns des autres, mais cette distribution du tissu tumoral en grappes se reconnaît toujours plus ou moins.

Chacun de ces lobes renferme un nombre important de capillaires dilatés, reconnaissables à leur paroi endothéliale, et parfois cette petite tumeur prend ainsi l'apparence d'un hémangiome. Autour de ces vaisseaux on voit beaucoup de polynucléaires. La masse du lobule est constituée presque toujours uniquement par des fibroblastes

tassés les uns contre les autres, parfois enchevêtrés, à peine séparés par quelques fibrilles de tissu conjonctif.

L'abondance, le volume de ces fibroblastes, leur similitude avec les cellules endothéliales qui tapissent les vaisseaux capillaires, donnent souvent au tissu l'apparence sarcomateuse. Quelquefois le tissu fibreux est beaucoup plus abondant. D'autres fois au contraire, à côté de ces fibroblastes, on trouve un plus grand nombre de cellules assez voisines du lymphocyte, ou encore des plasmocytes en plus ou moins grande abondance. Il y a ainsi, suivant que domine l'un ou l'autre de ces éléments, un type de botryomycome fibreux, dur, et un type cellulaire mou.

Peut-être s'agit-il là d'une question de durée ou d'âge du botryomycome et les formes les plus fibreuses sont peut-être les plus anciennes.

Tous les botryomycomes que nous avons observés étaient du type mou, non fibreux. Un seul était constitué presque uniquement par des plasmocytes : il s'agissait d'un botryomycome de la lèvre inférieure tout récent, à peine saillant, que l'on pourrait appeler botryomycome plongeant. C'était là vraisemblablement une forme de début. Cependant deux cas qui ne dataient que de quelques semaines présentaient la forme presque uniquement fibroblastique. Nous ne pouvons conclure qu'il n'y a pas de forme fibreuse dans la muqueuse buccale, car tous les cas que nous avons examinés histologiquement étaient relativement récents. Le plus ancien ne remontait qu'a un an.

A la base de la tumeur, le tissu fibreux prédomine et les vaisseaux sont rares et étroits.

Dans aucun cas nous n'avons rien trouvé qui répondît à la description des grains jaunes des anciens auteurs.

C'est au niveau de la zone superficielle de nécrose que certains auteurs ont trouvé des amas muriformes considérés autrefois comme des « botryomyces » et qui sont en réalité des amas de substance nucléaire en voie de désintégration (*pycnose*). C'est à ce niveau également que peuvent se rencontrer les staphylocoques qui pour le plus grand nombre des auteurs actuels sont considérés comme les agents responsables des botryomycomes. Il faut savoir cependant que dans bon nombre de cas les staphylocoques ne sont pas décelables.

CHAPITRE V

TRAITEMENT

Le botryomycome n'a aucune tendance à disparaître spontanément. La littérature médicale ne rapporte que deux cas de guérison sans intervention dont l'un est signalé par Delore : « On se disposait à enlever la tumeur de la lèvre lorsqu'elle s'affaissa et se détacha spontanément laissant seulement un noyau induré qui disparut lentement. »

Donc il faut toujours intervenir. Mais avant d'aborder la question du traitement du botryomycome de la bouche, nous signalerons quelques pratiques à abandonner. Ce sont : les pansements humides, les applications de poudres diverses qui ne peuvent qu'inciter la tumeur à bourgeonner par suite de l'irritation ainsi produite. On a remarqué que les cautérisations au nitrate d'argent, les différents topiques, l'usage timide du thermocautère, loin de faire disparaître la tumeur lui donnaient souvent un coup de fouet, augmentaient sa vitalité, ou la rendaient plus hémorragique.

Dans la pratique on emploiera, suivant les circonstances, l'un des traitements suivants :

L'exérèse chirurgicale sous anesthésie locale est le procédé de choix. On l'emploiera surtout toutes les fois

que la cicatrice sera cachée (au niveau de la langue en particulier) ou peu étendue (pédicule étroit ou peu profond). Sous anesthésie locale (car la section du pédicule est souvent douloureuse), on excise soigneusement et complètement le point d'implantation de la tumeur et on suture après avoir cautérisé la base d'implantation. Rien de plus facile car les connexions profondes sont rares. Si on se contentait de couper aux ciseaux le pédicule aussi ras que possible, il faudrait craindre les récidives qui se produiraient presque à coup sûr. Si on pratique l'exérèse chirurgicale correctement, la guérison est définitive. Les récidives ne se produisent jamais dans ces conditions ou témoignent d'une erreur de diagnostic (néoplasme.)

Le traitement par l'électrocautère seul doit être réservé aux cas où le pédicule est mince et peu profond. On doit cautériser soigneusement la base d'implantation pour éviter les récidives.

Le traitement par le cryocautère nécessite toujours plusieurs applications qui sont suivies de douleurs assez vives pendant quelques minutes. Les applications se font habituellement avec une pression de 1 à 2 kilogrammes pendant une ou deux minutes et sont espacées de huit jours. La guérison se produit sans cicatrice mais est souvent longue à obtenir.

Le traitement par les rayons ultra-violets est indiqué toutes les fois que l'exérèse chirurgicale nécessiterait par suite de la largeur ou de la profondeur du pédicule une intervention trop large aboutissant à une cicatrice disgracieuse dans une région visible. Les botryomycomes

de la lèvre sont donc particulièrement justiciables de cette thérapeutique. Ce traitement, non sanglant, sera toujours facilement accepté. Il nécessite malheureusement plusieurs séances qui s'accompagnent de quelques douleurs.

Il nous a semblé intéressant d'insister sur ce nouveau traitement du botryomycome par les rayons ultra-violets que, croyons-nous, MM. Civatte et Pierre Charpy ont été les premiers à employer.

Nous renvoyons à l'observation nº IV pour la façon d'appliquer le traitement et nous rappellerons quelques détails techniques de cette méthode : La destruction des tissus ou des microbes ne s'obtient qu'avec les rayons ultra-violets moyens et extrêmes (entre 1.500 et 3.000 Angstroms). Il faut savoir que l'air absorbe presque toutes les radiations de longueur d'onde inférieure à 2.400 A. On emploiera un appareil puissant, la plupart des échecs étant dus au manque d'intensité lumineuse et à la proportion insuffisante de rayons ultra-violets actifs.

On utilise beaucoup la lampe à projection sphérique munie de son brûleur en quartz et de son diaphragme pour localiser l'irradiation. Il est important d'employer des brûleurs parfaitement perméables aux rayons ultra-violets utilisés; ils doivent être en quartz pur, exempt de la silice que des constructeurs lui incorporent pour le fondre et le travailler plus facilement, car la silice absorbe à peu près toutes les radiations au-dessous de 3.000 A qui sont les plus utiles.

Dans l'observation nº IV on a utilisé une lampe à feu nu.

MM. Civatte et P. Charpy recommandent de toujours opérer ainsi. Il faut de plus, disent-ils, rapprocher autant que possible la partie à irradier du foyer d'émission pour que les rayons actifs ne soient pas arrêtés par les milieux interposés (lentilles, eau, couche d'air).

A 20 ou 50 centimètres ces résultats sont atteints et à cette distance la chaleur dégagée par la lampe est parfaitement tolérée. Il est inutile de faire aucune compression.

On peut, en protégeant les tissus sains, administrer d'emblée une dose destructive (15 à 20 minutes au minimum). Si une localisation absolue n'est pas possible, on ne peut songer à employer de pareilles doses initiales. Mais il est plus prudent, les procédés de mesure étant très imparfaits, d'adopter une technique plus progressive et de chercher d'abord la tolérance de la peau.

On fera par exemple une séance de début de trois minutes au plus. Si quarante-huit heures après il ne s'est produit aucun érythème, on fera une seconde séance de quatre minutes et demie puis de six minutes, etc., jusqu'à ce qu'apparaisse l'érythème de seuil qui indiquera la susceptibilité de la peau, et permettra de doser la quantité, la durée de l'irradiation, ainsi que la longueur des périodes intercalaires.

Il peut parfois se produire des brûlures dont les rayons à trop courte longueur d'onde seraient surtout responsables. Mais ils paraissent cependant utiles à conserver et il est préférable de ne pas les éliminer par des filtres. En opérant avec prudence, ces brûlures, si elles se produisent, sont ordinairement très légères et bénignes;

elles céderont rapidement après application de pansements humides ou vaselinés.

D'une façon générale, l'érythème est considérablement atténué par l'application de vaseline, ou mieux, de tulle gras après l'irradiation.

Il est intéressant de remarquer que la disparition du botryomycome de l'observation nº IV avec sa racine profonde, s'explique difficilement par une action directe et destructive des rayons ultra-violets sur les tissus malades dans toute leur profondeur, puisque les expériences de Nogier et de Vignard ont montré que les rayons ultra-violets ne pénètrent pas au delà de quelques millimètres. On pourrait chercher dans ce fait la preuve que l'agent du botryomycome, quel qu'il soit, se trouve à la surface de la lésion; mais d'autre part, les résultats remarquables de ce traitement sur des lésions comme les tuberculides papulonécrotiques sur les tuberculoses épididymaires par exemple et même sur des maladies d'ordre plus général, nous obligent à penser que les rayons ultra-violets n'agissent pas seulement à la manière d'un caustique sur les tissus et les microbes, puisque leur action peut s'exercer en profondeur.

Les rayons X semblent donner des résultats inconstants.

Quelle que soit d'ailleurs la méthode de traitement indiquée, elle sera complétée par l'intervention du stomatologiste qui fera disparaître tout chicot et toute cause d'irritation locale. Il sera logique de plus, de recommander une bonne hygiène buccale et la suppression des abus d'alcool et de tabac.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (Inédite et personnelle)

L... Louise, 13 ans, travaille à la confection des bidons. Elle vient consulter le 1er février 1924 à Saint-Louis où nous la voyons dans le Service de M. le Dr Milian.

Elle présente à la lèvre inférieure une petite tumeur ayant tous les caractères d'un botryomycome.

Le début remonte à six mois environ. La malade vit apparaître à cette époque, spontanément nous dit-elle, une sorte de petit bouton siégeant au niveau du bord libre de la lèvre inférieure à 1 centimètre à droite de la ligne médiane sur la portion antérieure de la muqueuse.

Cinq ou six jours après son apparition, le bouton commence à saigner. On y met de la teinture d'iode.

Une petite hémorragie se produit bientôt à peu près chaque semaine et la mère, sur les conseils d'un pharmacien, s'efforce d'arrêter le sang par des applications de teinture d'iode et de pommades variées.

En quelques semaines la petite tumeur augmente de volume. Un médecin est consulté qui ordonne de la « pommade Rosat ». Mais chaque application fait saigner beaucoup. Les hémorragies se reproduisent maintenant tous les deux ou

trois jours et étant assez fortes, la mère conduit son enfant consulter à Saint-Louis.

La tumeur qui depuis plusieurs semaines a cessé de s'accroître atteint le volume d'un gros pois, s'étendant en avant jusque à l'union de la muqueuse et de la peau dont elle est séparée par un sillon. Elle semble posée sur la lèvre à laquelle elle est rattachée par un pédicule court et gros mais très net. La surface, ulcérée, d'aspect finement mamelonnée est d'un rouge vif foncé qui tranche sur le fond rose pâle de la muqueuse labiale. — Pas de ganglions.

On pose le diagnostic de botryomycome et on commence de suite un traitement par la neige carbonique avec le cryocautère :

1er février 1924. — Première application : 1 kilo une minute. Il se produit une hémorragie immédiatement après.

8 février 1924.— Deuxième application : 1 kilo une minute. Pas d'hémorragie. La malade a remarqué que la tumeur avait déjà diminué légèrement de volume.

15 février 1924. —Troisième application : 1 kilo une minute. Petite hémorragie immédiatement après. La malade n'avait plus eu d'hémorragie depuis le début du traitement et c'était la première fois qu'elle avait été si longtemps sans saigner. La tumeur a diminué de près d'un tiers de son volume. Elle n'est guère plus grosse maintenant que son pédicule. Le sillon devient beaucoup moins visible. L'aspect champignonneux a disparu. De petites portions de la surface de la tumeur se flétrissent, se recroquevillent en se creusant légèrement et se recouvrent d'une fine croûte.

22 février 1924.— Quatrième application : 1 kilo une minute. La tumeur a saigné un peu après le traitement. Elle ne saigne plus jamais dans l'intervalle des applications. Toute la surface du botryomycome est flétrie. Le pédicule se rétrécit, se retracte et semble moins solide.

29 février 1924. — Cinquième application identique aux précédentes.

7 mars. — La dernière application du cryocautère n'ayant produit aucune amélioration et la tumeur regressant beaucoup moins vite qu'au début, on en pratique l'ablation à l'aide du galvanocautère pour abréger la durée du traitement.

14 mars. — Électropuncture au niveau du point d'implantation du pédicule.

21 mars. — Electropuncture par mesure de sécurité. La lèvre est souple et la muqueuse à peine surélevée au niveau du petit point cicatriciel.

28 mars. — Nous revoyons la malade qui est guérie. Nous la revoyons à nouveau un mois et demi plus tard, elle ne présentait pas de récidive.

OBSERVATION II (Inédite)

(Due à l'obligeance de M. le Dr Léri, professeur agrégé.)

E. D..., 76 ans, professeur honoraire de dessin à l'Ecole Polytechnique, vient consulter à l'Hôpital Cochin, en décembre 1923 dans le Service de M. le Dr Léri, professeur

agrégé,parce que depuis un mois dit-il,ilprésente une petite tumeur de la langue.

On constate sur la face inférieure de la langue, à 1 centimètre à gauche de la ligne médiane et à 4 centimètres environ de la pointe, une petite grosseur pédiculée de la taille d'un noyau de cerise.

Un enduit blanc jaunâtre, un peu adhérent, forme à la tumeur une sorte de gangue que l'on peut enlever sans faire saigner en prenant quelques précautions. La muqueuse sous-jacente est de couleur rouge vif.

La tumeur présente un aspect régulier presque lisse. Le pédicule très court, mais cependant net, se continue insensiblement avec la muqueuse saine.

La tumeur est à peine ulcérée. Quand la langue est au repos, la tumeur se trouve comme encastrée dans l'emplacement d'une dent qui manque en bas. De chaque côté de cet espace vide les dents sont rugueuses et l'une d'elle qui a une arête vive est probablement responsable de l'inoculation du staphylocoque cause, de l'affection.

Au toucher on a une sensation non pas de dureté, mais de résistance uniforme. On ne provoque pas de douleur. Il n'existe pas non plus de douleur spontanée mais une certaine gêne dans les mouvements de la langue pour parler et surtout pour mastiquer les aliments.

Si l'on prélève la petite fausse membrane, on constate au microscope (après dissociation dans la KOH à 40 % l'absence de cellules cornées : c'est un simple enduit fibrineux.

On observe pendant une dizaine de jours la tumeur qui est arrivée en somme assez vite au stade actuel. Elle n'augmente plus de volume. Elle avait peu saigné jusqu'alors et ne donne lieu à aucune hémorragie pendant les jours d'observation.

Pas de ganglions.

On porte dans le Service le diagnostic de botryomycome, malgré la présence de la gangue jaunâtre, malgré surtout la rareté exceptionnelle des hémorragies.

Le diagnostic est confirmé par M. le Dr Darier à qui le malade fut présenté.

La tumeur est enlevée à la fin de décembre 1923 avec son pédicule. Quelques minutes de lavage à l'eau oxygénée et un catgut fin arrêtent la petite hémorragie.

Nous revoyons le malade quelques jours après. Il n'a aucunement été gêné et le catgut est tombé seul.

Nous revoyons à nouveau le malade deux mois après l'intervention. On voit à peine la cicatrice opératoire. Des coupes de la tumeur avaient été faites que nous avons pu étudier et l'examen histologique, contrôlé par MM. les Drs Léri et Tzanck avait montré sur ces entrefaites qu'il s'agissait d'un botryomycome nettement caractérisé.

OBSERVATION III (Inédite)

(Due à l'obligeance de M. le Dr Clément Simon)

Récemment, une jeune femme enceinte de huit mois et demi présentait sur la pointe de la langue une tumeur qui avait été prise pour un chancre syphilitique.

Une réaction de Wassermann faite à ce moment dans un laboratoire inconnu avait donné un résultat faiblement positif.

Cependant, l'hypothèse de syphilis paraissant malgré tout peu probable, à cause de l'aspect clinique de la lésion et des négations formelles de la malade, on fit faire dans d'autres laboratoires plusieurs réactions de Wassermann qui toutes furent absolument négatives.

A l'examen,on constate une tumeur arrondie, très légèrement déprimée au sommet, du volume d'un gros pois. A sa surface la tumeur est érodée, rouge sous l'enduit fibrineux qui la recouvre et saigne facilement. En regardant latéralement la tumeur, on voit qu'elle est étranglée légèrement à sa base et qu'elle est réunie à la langue par un pédicule très large et surtout très court de sorte que la tumeur, plutôt sessile que pédiculée, semble en quelque sorte posée sur la langue. En soulevant la tumeur avec un stylet on voit un sillon peu profond dont les bords normalement accolés macèrent légèrement.

Au toucher, on a une sensation de résistance mais non de dureté. Aucune adénopathie. On note enfin une certaine maladresse de la langue pour parler ou pour mastiquer.

Le diagnostic de botryomycome est fait. Pour plus de sûreté on fait une recherche de tréponèmes et un nouveau Wassermann : résultats négatifs.

L'exérèse complète est faite et la guérison obtenue avec les suites les plus simples. Pas de récidive dans les quelques mois

qui suivent. L'examen histologique fait par M. le Dr Civatte, a montré une structure de botryomycome très nette.

OBSERVATION IV

(Drs Civatte et Pierre Champy

Bull. de la Soc. Franc. de Dermato. et de Syph., 9 juin 1921.)

Mme M..., âgée de 25 ans, vient nous consulter le 6 janvier 1921 pour une petite tumeur de la lèvre inférieure qui date de trois mois. Cette tumeur a le volume d'un fort pois. Elle siège sur la moitié gauche de la semi-muqueuse de la lèvre inférieure où elle s'implante par un pédicule large. Elle est d'un gris rosé et rétinente au toucher.

Au-dessous, la lèvre inférieure présente une tuméfaction irrégulière, sans aucun changement de coloration. Elle est molle, mais on sent, en profondeur, immédiatement au-dessous de la tumeur, un petit nodule assez induré . La tumeur a été cautérisée plusieurs fois sans succès. Nous pensons à un angiome de la lèvre. Nous faisons une application d'électrolyse (2 mA. 6 électropunctures de une minute ½ chacune) en embrochant le bourgeon et la portion la plus périphérique du nodule.

Huit jours plus tard, une deuxième séance a lieu, puis une troisième après un nouvel intervalle d'une semaine : le bourgeon a augmenté de volume : il est recouvert d'une escharre due à l'électrolyse.

Une séance de radiothérapie (5 h. sous 2/10 dAl. Rayons 6-7 B) n'amène aucun changement.

Nous pratiquons une biopsie le 16 février.

La biopsie comprend toute la tumeur et au-dessous d'elle, un fragment de plus de ½ centimètre de profondeur, taillé par une incision en losange qui passe assez loin du pédicule.

Sur les coupes on voit que le tissu de la tumeur plongeait encore plus profondément dans la lèvre. La néoplasie a dans l'ensemble la forme d'un clou dont la tête arrondie reste au-dessus de la muqueuse, et dont la tige s'enfonce dans les plans sous-jacents. La biopsie a sectionné cette « racine » et en a laissé en place la partie la plus profonde.

Toute la néoplasie est creusée de cavités vasculaires très nombreuses et très considérables : d'où un aspect angiomateux. Ce sont des capillaires sanguins à parois purement endothéliales, plongés dans un tissu assez homogène, très riche en cellules. Dans la partie radiculaire il n'y a à peu près que des fibroblastes très nombreux, volumineux et tassés les uns contre les autres. Dans la partie qui émerge au-dessus de la muqueuse, il y a, outre des fibroblastes, de nombreux polynucléaires. De plus l'infiltration est moins dense : les cellules sont disséminées dans une substance amorphe et le tissu se rapproche du type dit « muqueux ». Le tout correspond exactement à ce qu'on est convenu d'appeler « tissu de granulation » ou « bourgeon charnu ».

L'épiderme de la lèvre s'arrête au pédicule de la tumeur. Celle-ci est donc nue dans toute sa partie saillante, où le tissu vasculo-conjonctif est seulement recouvert d'une coiffe de fibrine bourrée de leucocytes.

En profondeur, la néoplasie s'enfonce dans la lèvre à la

manière d'un corps étranger. Il y a une ligne de démarcation très nette marquée par une bande de sclérose entre le tissu néoformé et les tissus de la lèvre.

Ceux-ci réagissent en certains points par la production de plasmones qui n'arrivent jamais au contact immédiat du tissu propre de la tumeur. Il s'agit d'un botryomycome très bien caractérisé, avec un prolongement extraordinairement profond dans les tissus sous-jacents.

Une quinzaine de jours après la biopsie, le bourgeon s'est reproduit, très sensiblement plus volumineux qu'avant l'exérèse.

Le 10 mars la tumeur a cru encore. Nous commençons un traitement par les rayons ultra-violets. Une première séance de quinze minutes avec 2.000 bougies à 20 centimètres à feu nu sans filtre est faite sur la partie saillante de la tumeur. Toute la lèvre est protégée par une plaque de plomb mince qui a été perforée pour laisser passer le bourgeon.

18 mars. — Deuxième séance. Le bourgeon est entièrement recouvert d'une calotte sèche, ridée jaunâtre, qui se détache à la pince en saignant un peu. Irradiation : vingt minutes, 2.000 bougies, 20 centimètres de distance, feu nu.

24 mars. — Diminution très notable du volume du bourgeon. Le noyau induré est moins gros et en dehors de la réaction passagère de quarante-huit heures environ qui accompagne l'irradiation précédente, on ne note aucune douleur.

Du 24 mars au 13 mai, on fait en tout 9 irradiations de

vingt à vingt-cinq minutes chaque fois dans les mêmes conditions. Le bourgeon s'affaisse graduellement, la saillie a disparu le 25 avril .Il existe encore un léger gonflement de la lèvre répondant au nodule basal presque complètement effacé. Actuellement la lèvre présente un aspect entièrement normal. Il ne reste qu'une légère cicatrice étoilée blanchâtre, probablement due à la biopsie.

OBSERVATION V

Delore, *Gaz. des Hôp.*, 1902, 28 octobre, p. 1197 et Congrès de Chirurgie, 1902.)

B..., 33 ans, de Lyon est une femme bien portante qui a accouché de 5 enfants. Le dernier accouchement a eu lieu le 2 août 1902. Pas d'antécédent méritant mention. L'affection qui nous intéresse aurait débuté vers le sixième mois de la dernière grossesse c'est-à-dire dans le courant d'avril 1902. Cette femme remarqua sur la lèvre inférieure, légèrement à gauche de la ligne médiane, un petit bouton, rouge, non pruigineux, du volume d'une tête d'épingle.

Celui-ci augmente rapidement, devient rouge,saigne très facilement, et prend l'aspect framboisé. A diverses reprises se déclarent de véritables hémorragies, contre lesquelles on dut recourir parfois à une compression locale continuée pendant un temps plus ou moins long. Ces hémorragies arrivaient même à se reproduire deux à trois fois par jour, vers le début d'août, la grosseur ayant acquis à ce moment le volume d'un gros pois.

J'examinais la malade le 10 août 1902 : la tumeur avait l'apparence d'une petite framboise un peu aplatie, avec de fins mamelons à sa surface. Elle était rattachée au bord libre de la lèvre, à l'union de la muqueuse et de la peau, par un pédicule très grèle. Elle présentait tous les caractéres cliniques d'un botryomycome classique.

La malade n'accusait aucune douleur, on ne constatait aucune inflammation des tissus voisins. Enfin,la gêne occasionnée était insignifiante; seules les hémorragies, au moindre heurt. attiraient les préoccupations de cette femme. Elle demandait une ablation qui paraissait s'imposer,lorsque la tumeur s'affaissa sensiblement et se détacha spontanément par rupture de son pédicule. Il persista pendant quelques semaines un noyau induré, enchassé dans le derme de la lèvre inférieure, et surmonté d'une surface vernissée, d'un rouge sombre. Ce noyau représentait le pédicule de la tumeur. Il disparut lentement.

Environ quinze jours après le début du botryomycome de la lèvre, se développa à la face palmaire du pouce gauche, une petite tumeur, indolente, analogue à la première. Son volume augmenta surtout dans les vingt derniers jours de la grossesse; elle devint alors également le siège d'hémorragies répétées.Le 10 août on constatait au siège précité du pouce gauche, sur le milieu de la face palmaire de la seconde phalange, une tumeur pédiculée. de couleur rouge sanguine avec masse proéminante du volume d'une olive et un pédicule de 8 à 10 millimètres de longueur. La consistance est ferme; l'ensemble est légèrement aplati dans un sens perpendicu-

laire à l'axe du doigt. Grâce au pédicule, la tumeur qui est absolument indolore, oscille dans tous les sens avec la plus grande facilité à la façon d'un mouvement pendulaire. A son pourtour les téguments sont légèrement rouges par macération, car sa surface sécrète abondamment.

Le 25 septembre, j'enlève la tumeur du pouce d'un coup de ciseaux courbes emportant ainsi avec elle la base d'implantation du pédicule, et les quelques millimètres de peau saine qui bordent la circonférence de ce pédicule. On laisse la plaie se cicatriser par seconde intention; après quelques pansements la guérison était complète.

L'examen de la tumeur révèle la structure histologique du botryomycome.

OBSERVATION VI

Le Berre. Thèse Paris, 1903-1904 (obs. XL, p. 80.)

Un cas de botryomycose de la lèvre inférieure

Mir..., bonne santé habituelle. Pas d'antécédents héréditaires ni personnels. Pas de syphilis. S'effleure la lèvre inférieure avec un rasoir vers le 20 mai 1903. La plaie est insignifiante et le malade vaque à ses occupations sans attacher d'importance à cet accident.

Cinq à six jours après, apparaît un léger boursoufflement de la lèvre inférieure, qui continue à augmenter insensiblement. Pas de douleurs, pas de sécrétion, pas d'hémorragies.

Un mois après, la tumeur continuant à progresser, cauté-

risations répétées au nitrate d'argent. Résultat nul. Toujours pas de douleurs ni de zone indurée.

Le malade entre à l'hôpital. Tumeur faisant une saillie de 2 centimètres au niveau du bord libre de la lèvre inférieure, de telle sorte que le malade semble fumer. Le volume est celui d'une cigarette, la base légèrement plus étroite que le sommet, sans qu'il existe de disposition nette en champignon. La tumeur saigne facilement; mais on ne constate ni adénite ni lymphangite. Elle a un aspect noirâtre dû aux cautérisations précédentes de nitrate d'argent. On distingue la collerette de la base. Chloroformisation. Opération par M. le Dr Michaux. Incision cunéiforme et réunion par première intention. L'hémorragie n'est pas abondante. Guérison rapide. Les cultures faites avec le suc de la tumeur ont donné du staphylocoque doré.

OBSERVATION VII

(Leroux, Thèse Paris, 1903-1904, nº 406, observ. LIII.)

F..., maçon, 32 ans, fumeur, porte à la lèvre inférieure, du côté droit, non loin de la commissure, une petite tumeur du volume d'un pois, ulcérée saignante. Le médecin qui le voit pense à la syphilis. Il l'adresse à l'hôpital de ... où l'on fait le diagnostic de botryomycose. Excision cunéiforme, guérison.

L'examen histologique confirme le diagnostic. Il s'agit d'un tissu de granulation, jeune, avec de nombreux vaisseaux

embryonnaires dilatés. A la périphérie, infiltration leucocytaire intense, figures de désintégration nucléaire.

OBSERVATION VIII

(Savariaud et Deguy.)

La première observation que nous ayons pu recueillir est celle d'une jeune fille de 17 ans, qui se présenta au mois de juillet 1900 à la consultation de l'hôpital de la Charité, avec une petite tumeur pédiculée de la lèvre inférieure située un peu à droite de la ligne médiane. Cette tumeur a le volume d'une petite noisette; elle est recouverte de croûtes et de matière pultacée, qui lui donnent une coloration gris sale, s'estompant sur un fonds rouge foncé. La consistance en est charnue et demi molle. La base d'implantation mesure un centimètre de diamètre et l'aspect de la tumeur est celui d'un champignon. Elle ne détermine aucune douleur, mais elle amène l'éversion de la lèvre inférieure, d'où écoulement de la salive au dehors. De plus elle gêne l'articulation des mots, la prise des aliments et surtout constitue une saillie des plus disgracieuses.

Au moment de l'examen la tumeur ne saignait pas, mais au dire de la malade, elle est parfois le siège de petits suintements sanguins. Son développement a été très rapide, trois semaines environ. La malade n'a pas souvenance de s'être piquée ou inoculée de quelque façon que ce soit.

En raison de la forme champignonneuse, et surtout du

développement rapide de la tumeur avec absence de ganglion, on porte le diagnostic probable de botryomycose, et la petite malade désirant être débarrassée le plus tôt possible de ce bouton gênant, l'un de nous procède immédiatement à l'ablation de la tumeur après anesthésie à la cocaïne :

Excision cunéiforme de la lèvre par transfixion au bistouri au niveau de la base d'implantation, en ayant soin de se tenir un peu à distance du mal. Une seule artériole à lier, trois points de suture au catgut. A part un peu de désunion due à l'infection d'un fil, les suites sont très simples, et au bout de quelques jours, la petite malade partait pour la province. Depuis nous n'avons plus eu de ses nouvelles.

OBSERVATION IX

(Patry, *Bull. et Mém. Soc. Anat. de Paris*, 1908 26 juin, p. 352.)

Botryomycose de la lèvre inférieure

Philogène M..., âgé de 64 ans, est un homme vigoureux d'une excellente santé. Il est marié, père de 2 enfants aujourd'hui de 41 et 40 ans.

Il n'y a pas d'antécédents vénériens. Il n'a jamais fait qu'une maladie : une pneumonie,en 1870. Il fume peu (2 cigares par jour). Par contre, sa profession de camionneur à laquelle certains auteurs pourraient rapporter l'affection

qui nous l'a amené le met en contact journalier avec des chevaux. Vers le milieu de février 1907, notre homme remarque une petite papule rouge vif sur la lèvre inférieure à un demi centimètre à droite de la ligne médiane, à mi-épaisseur en un point que vient traumatiser l'incisive supérieure droite ébréchée. Quelques jours après son attention est de nouveau attirée sur cette papule d'où s'écoule un léger suintement sanguin provoqué par l'incisive supérieure droite qui vient ulcérer la muqueuse en ce point. La plaie bourgeonne et saigne assez facilement au lieu de se cicatriser.

Un pharmacien consulté, livre un crayon de nitrate d'argent et conseille des attouchements quotidiens. La néoplasie continue à se développer.

Inquiet, le malade vient à la consultation de chirurgie de Boucicaut, le 14 mai 1907. Il présente au point précédemment spécifié sur la lèvre inférieure une tumeur ulcérée de la grosseur d'une petite noisette, irrégulière, à surfaces à peu près planes, lui donnant une forme presque cubique; elle est bourgeonnante, suintante, recouverte d'un enduit sanieux. Elle semble sessible tellement son pédicule est court. Si on relève les bords de la tumeur, ce pédicule apparaît nettement; il traverse la muqueuse labiale non indurée, normale. La tumeur est indolore, partiellement réductible, elle saigne très facilement. Il n'y a pas de ganglions régionaux.

Notre maître, M. Ombredanne, professeur agrégé, à qui nous présentons le malade, l'examine et conclut à un botryomycome.

Le lendemain nous en faisons l'ablation. Anesthésie

locale par simple attouchement répété pendant deux minutes avec du coton imbibé de la solution cocaïne-stovaïne à 2 %. L'insertion du pédicule est circonscrite au bistouri par une incision elliptique intéressant quelques millimètres de la muqueuse saine. La tumeur, son pédicule et la base d'implantation sont ainsi emportés d'un bloc. Les deux lèvres de la petite plaie sont réunies par un crin de Florence qui aveugle la petite hémorragie en nappe produite par l'ablation de la tumeur.

Quatre jours après, le fil est enlevé. Le 9 juin la cicatrisation est complète depuis plusieurs jours déjà et il faut pour retrouver la cicatrice pincer la lèvre entre deux doigts.

Fait assez curieux, sur cette lèvre inférieure mais à gauche en un point exactement symétrique de celui sur lequel était implanté le botryomycome, notre malade présente une papule rouge vif de la grosseur d'une tête d'épingle. Mais il n'y a pas d'incisive supérieure pour venir traumatiser régulièrement ce point d'appel.

Le malade est revu le 13 octobre. Rien n'a changé. Il nous a semblé qu'au point de vue étiologique, cette observation valait d'être rapportée en ce qu'elle permet de par le siège de la tumeur d'écarter toute idée d'origine glandulaire et semble au contraire faire nettement ressortir l'étiologie traumatique.

La tumeur a été incluse dans la paraffine, coupée et étudiée au microscope. Il s'agit bien d'un granulome pédiculé bénin : en effet, sur une coupe perpendiculaire à l'axe de la tumeur et comprenant toute son épaisseur, la lésion se montre des

plus caractéristiques. Il s'agit d'un tissu de bourgeon charnu, composé d'un nombre considérable d'axes vasculaires divergents et séparés les uns des autres par des mailles de tissu conjonctif généralement jeune et riche en éléments cellulaires dont les noyaux, pour un certain nombre, apparaissent en voie de karyokinèse; quelques cellules fixes plus volumineuses prennent parfois une disposition gigantesque-cellulaire, leur protoplasma vivement coloré renferme plusieurs noyaux bourgeonnants, pâles, irrégulièrement épars au sein du protoplasma. Toutes les cavités vasculaires, les plus larges comme les plus étroites sont composées de vastes sinus sanguins sans parois propres bien reconnaissables, mais dont la cavité est tapissée par une couche uniforme et unique très régulière de cellules endothéliales. En dehors de l'endothélium, il existe quelques tractus conjonctifs denses parsemées de longues cellules fusiformes (cellules fixes), déjà minces, grêles et donnant ainsi la preuve de l'ancienneté relative du tissu de bourgeon charnu qui constitue la gangue même de la tumeur.

Si tel est l'aspect général de la masse, il existe néanmoins en quelques endroits des caractères un peu différents, méritant d'être signalés. Tout d'abord de place en place, on voit s'enfonçant profondément dans l'épaisseur du tissu charnu, des prolongements épithéliaux, reliquats d'ilôts interpapillaires appartenant au revêtement épidermique de la lèvre : Ces zones épithéliales ainsi enclavées dans l'épaisseur du botryomycome démontrent d'une manière indiscutable la part prise par le revêtement épithélial au proces-

sus hyperplasique qui caractérise la lésion. Sur les coupes les plus favorables il est aisé de suivre l'évolution de ces hyperplasies épithéliales et de démontrer qu'il s'agit bien d'une zone interpapillaire considérablement allongée et élargie. En effet, dans certains cas, on voit, à côté de ces longues bandes épithéliales, toujours perpendiculaires à la surface de la plaie, un petit nombre de corps papillaires de la muqueuse et de zones interpapillaires adjacentes encore à peu près normaux. Ils'agit donc en réalité d'autant de régions de la surface de la lèvre qui ont échappé à l'ulcération subie par la surface du botryomycome. Les cellules épithéliales, constituant ces grosses colonnes interposées au bourgeon charnu,sont volumineuses, très tuméfiées,gorgées de liquides; leurs filaments d'union écartés par l'œdème interstitiel sont extrêmement visibles. Enfin les cellules de la première rangée du corps de Malpighi apparaissent déformées et leur noyau souvent vésiculeux, pâle, montre un nucléole petit, tassé, très brillant.

Un point à noter qui ne manque point d'intérêt est le suivant : le tissu connectif qui suit les longs prolongements épithéliaux dans la profondeur de la tumeur diffère du tissu charnu fondamental, voisin en ce qu'il est dense mais pâle et parsemé d'un petit nombre de longues cellules fusiformes ramifiées. En réalité, il s'agit donc du derme de la muqueuse labiale surdistendue par un œdème interstitiel évident.

L'étude du pédicule de la tumeur fixe également l'attention en y montrant de larges placards de tissu conjonctif fibroide densifié plutôt pauvre en éléments cellulaires et

riches en fibres élastiques. A ce niveau on reconnaît la coupe d'un certain nombre de gros vaisseaux (artérioles et veinules) appartenant au tissu fondamental de la gangue interstitielle de la muqueuse labiale. Sur aucune des coupes examinées on n'a pu trouver trace de fibres musculaires striées.

En résumé le pédicule du botryomycome de cette lèvre, malgré son volume exhubérant, s'est développé uniquement aux dépens du derme de la muqueuse, sans entraîner le moindre faisceau de fibres musculaires adjacentes. De chaque côté de ce tissu conjonctivo-vasculaire qui formait le pédicule de la tumeur, existe une colerette épithéliale riche en papilles et qui représente la muqueuse de la lèvre soulevée et entraînée par le botryomycome. A ce niveau les corps papillaires du derme sont notablement irrités, riches en leucocytes mono-cellulaires et le revêtement épithélial est manifestement épaissi.

La surface du botryomycome est constituée dans presque toute son étendue par une vaste ulcération bourgeonnante recouverte d'un enduit exsudatif, sorte de fausse membrane intimement adhérente à la saillie du bourgeon, charnu. Cet enduit assez épais en certains points pour être visible à l'œil nu est composé d'un nombre considérable de leucocytes déformés avec dans leur intervalle une substance d'apparence fibrinoïde. En effet, en certains points où les leucocytes, polynucléaires pour la plupart, sont assez rares, la masse de l'exsudat apparaît sous forme d'un enduit gris rosâtre par l'éosine-hématoxyline et craquelé, sans perdre, sauf en de rares endroits, une disposition fibrillaire ou réti-

culée, coutumière aux exsudats fibrineux proprement dits. Dans les points où le revêtement épithélial et les papilles décrites précédemment persistent encore à la surface de botryomycome, l'exsudat fibrino-leucocytique se montre avec des caracsères beaucoup plus précis. Des filaments onduleux de fibrine colorés en rose orangé par l'éosine s'accollent aux lamelles épithéliales et leur adhèrent fortement.

A la surface de l'ulcération,un nombre colossal de microbes se sont déposés en désordre. Il s'agit de microcoques en amas, quelquefois en diplocoques, plus rarement disposés en chaînettes ou en tétragènes. Il est à noter que ces germes ne restent qu'à la surface de la plaie, car on ne peut pas en colorer dans les mailles du tissu conjonctif des bourgeons charnus adjacents.

OBSERVATION X

(Lenormand, *Annales de Dermat. et de Syph.*, 1910, p. 164.)

Homme d'une quarantaine d'années, soigné en septembre 1905 à l'hospice de Bicêtre. Tumeur régulièrement sphérique du volume d'un gros pois, siégeant à la lèvre inférieure en face de la canine droite, rattachée par un pédicule étroit à la muqueuse de cette lèvre; la consistance de cette tumeur est ferme et élastique; sa coloration rouge vif; sa surface à peu près lisse. Elle saigne facilement ; indolence complète. Cette tumeur est apparue depuis quelques semaines, sans réaction inflammatoire, sans traumatisme antérieur. Le

reste de la lèvre est souple et normal. Pas d'adénapothie. Excision de la tumeur au bistouri et cautérisation de son point d'implantation. Guérison.

Structure de botryomycome confirmée par l'examen histologique.

OBSERVATION XI

(Chesneau, thèse Bordeaux, 1922-1923.)

Botryomycome de la langue chez un enfant de 12 *ans*

C..., Joachim, 12 ans. Se présente à la consultation de l'Hôpital des Enfants, porteur sur la pointe de la langue et à droite, d'une petite tumeur charnue uniforme, grosse comme un noyau de cerise, implantée sur la muqueuse par un pédicule court.

Ce bourgeon, de couleur rougeâtre, a son pôle supérieure recouvert d'un exsudat grisâtre. La consistance est ferme. La muqueuse du reste de l'organe est saine.

Ce bourgeon est saignant; tout attouchement, la mastication provoquent une légère hémorragie vite arrêtée. Il n'est pas douloureux et n'est pas sensible au toucher.

Pas de ganglions. Bon état général.

Le début remonte à quelques semaines, ayant succédé à une écorchure de la langue et, depuis, ce bourgeon s'est accru régulièrement.

Diagnostic clinique : botryomycome.

Extirpation le 22 mai 1921 par M. le professeur Rocher. Anesthésie à la cocaïne au 1/300. Extirpation de la tumeur en passant au-dessous d'elle. Suture de la muqueuse par 3 crins de Florence. Guérison.

OBSERVATION XII

(Chesneau, thèse Bordeaux, 1922-1923.)

Botryomycome de la langue chez un homme de 45 ans

M. M..., 45 ans, est porteur sur le bord gauche de la langue, à environ 2 centimètres de la pointe, d'une petite tumeur d'aspect charnu, semblable à une demi-noisette, saillante, à surface hérissée de petites élevures, reliée à la langue par un large pédicule. De couleur rouge foncé, cette petite tumeur est recouverte d'un exsudat diphtéroïde que l'on ne peut enlever sans provoquer un léger saignement qui bientôt s'arrête de lui-même. D'ailleurs la mastication provoque facilement ces petites hémorragies, et le malade pour les éviter s'était mis de lui-même au régime des purées et potages.

Sa consistance est mollasse et il semble même qu'on arrive par la pression à réduire légèrement son volume. La muqueuse la recouvrant est adhérente, semble bien s'amincir et même disparaître au pôle supérieur de la tumeur recouvert par cet enduit membraneux déjà signalé.

Le pédicule repose sur une plaque indurée qui déborde

de près de 1 centimètre chaque côté de la tumeur, mais plaque bien limitée.

La muqueuse entourant le pédicule, de même que celle du reste de la langue, est normale : pas d'induration, pas de changement d'aspect, de coloration,si ce n'est une rougeur peut-être plus accentuée autour de la base d'implantation.

La tumeur n'est pas sensible au toucher, pas de douleur spontanée.

A signaler seulement les hémorragies fréquentes; ce sont plutôt de légers saignottements, et une sensibilité plus grande à la chaleur. Salivation un peu augmentée. Présence d'un ganglion sous-maxillaire gauche roulant sous le doigt, non adhérent, non fluctuant, non douloureux, sans changements de coloration de la peau, ne gênant nullement le malade. Il est légèrement sensible à la pression.

Le début remonte à deux mois, époque où le malade s'est « écorché » la langue sur un chicot à arête saillante, situé en face de la tumeur, et qui provoqua alors une légère hémorragie; ensuite « agacement » de la langue, dit le malade, qui, involontairement fait « écorcher et saigner de nouveau » sa petite éraflure. La plaie ne s'est jamais cicatrisée et son fonds s'est élevé peu à peu depuis cette date sans incommoder d'ailleurs le porteur. Bon état général. Pas d'antécédents cancéreux. Pas de signes de syphilis. Pas de leucoplasie.

A signaler seulement dentition défectueuse : nombreuses dents cariées non soignées, gingivite tartrique. Manque absolu d'hygiène buccale et dentaire.

Extirpation. Guérison.

Le malade opéré en juillet 1919,revu plusieurs fois depuis et la dernière fois en janvier 1922 ne présentait aucune récidive; la cicatrice était blanchâtre et à peine visible.

CONCLUSIONS

I. Le botryomycome est une petite tumeur provoquée dans des conditions mal connues par le staphylocoque qui pénètre à la faveur d'une effraction de l'épiderme souvent minime.

II. L'affection n'étant pas due à un champignon, il serait plus logique d'adopter le terme de « granulome télangiectasique » qui résume les deux principaux caractères anatomopathologiques sans présumer de l'étiologie encore discutée par quelques auteurs.

III. Le botryomycome siège rarement à la bouche.

IV. Au niveau de la langue il est le plus souvent sessile, alors que sur les autres parties du corps il est généralement nettement pédiculé.

V. L'exérèse chirurgicale est le traitement qui met le mieux à l'abri des récidives. C'est le procédé de choix pour le botryomycome de la langue où la cicatrice est naturellement cachée.

VI. A la lèvre, quand l'excision du pédicule trop épais ou trop profond entraînerait une cicatrice disgra-

cieuse, il est préférable d'employer la neige carbonique ou mieux les rayons ultra-violets.

VII. Le stomatologiste doit soigner les dents cariées à arêtes vives qui pourraient provoquer de nouvelles inoculations de staphylocoques et recommander une bonne hygiène buccale.

Vu : le Président de la thèse,
LECÈNE

Vu : le Doyen,
ROGER

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
APPELL

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Abadie. — Une observation de botryomycose (Soc. des Sciences médicales de Montpellier, 1904, 23 janvier).

Alglave (P.). — Un cas de botyomycose humaine de la face antérieure du poignet (*Bull. Soc. Anat.* Paris, 1906, p. 524-525).

— Botryomycose (*Presse Médicale*, 1906, 29 juillet).

Audry et Suffran. — Notes sur l'histopathologie comparée des tumeurs de la peau, folliculites à demodex, botryomycose, etc. (*Arch. de Dermato.*, 1908, oct. et nov., p. 545 et 636).

Ball.— Botryomycose animale et botryomycose humaine. Champignon de castration et botryomycose (*Arch. génér. de Médecine*, 1904. Société des Services vétérinaires de Lyon, 1900, 9 décembre).

Balzer et Alquier. — Petite tumeur de la lèvre simulant la botryomycose (*Annales de Dermato et de Syphili.*, 1921, mars, p. 276 et 877).

Bichat. — De la botryomycose humaine (*Arch. de Médecine*, 1904, 2 fév.).

Bodin. — Botryomycose humaine (*Annales de Dermato.*, 1902, avril, p. 289).

— Botryomycose du sillon rétro-auriculaire (*Annales de Dermato.*, 1908, janvier, p. 28).

Bollinger. — Ueber Botryomycose beim Pferde (*Deutsche Zeitschrift Thiermedicin.*, 1887, XIII, p. 176).

Bosc et Abadie. — Y a-t-il un botryomycome? (*Presse médicale*, 1903, nº 45, 6 juin).

Buchet. — Botryomycome de la joue (*Bull. de la Soc. Anat.* de Paris, 1907, 19 avril ,p. 335).

Brault (J.). — Deux cas de botryomycose observés à Alger (*Arch. de Parasitologie*, 1901, t. IV, p. 589 et 597).

Brocq. — Précis atlas de pratique dermatologique.

— Traité élémentaire de Dermatologie pratique.

Busquet et Crespin. — Sur un cas de framboesia observé à Alger et qui paraît déterminé par un staphylocoque (*Arch. de Parasitologie*, 1901, 20 mai).

Carrière et Potel. — Le botryomycome (*Presse médicale*, 1902, 17 mai, p. 471).

Chambon. — De la botryomycose humaine. Thèse de Lyon, 1897.

Chesneau. — Du botryomycome de la langue. Thèse de Bordeaux, 1922-1923, n° 28.

Civatte et Charpy (Pierre). — Un cas de botryomycome de la lèvre inférieure,guéri par les rayons ultra-violets (*Bull. de la Soc. franc. de Dermato. et de Syphi.*, 1901, 9 juin).

Cunéo et Delamare. — Granulome telangiectasique de la langue (*Bull. de la Soc. Anat.* Paris, 1907, p. 336).

Damiens. — Contribution à l'étude de la botryomycose. Thèse de Lille, 1902.

Delore. — Botryomycose humaine (Soc. natio. de méd. de Lyon, 1899, 26 juin).

— Note sur un cas de botryomycome (*Gaz. Hôp.*, 1900, 12 juin, p. 1375).

— Botryomycose (*Gaz. Hôp.*, 1902, 28 octobre, p. 1197; Congrès de Chirurgie, 1902).

Dor. — Sur la botryomycose (*Lyon médical*, 1898, p. 89).

— Anatomie pathologique comparée de la botryomycose humaine et équine (Congrès de Chirurgie, 1898 et 1903).

— Botryomycose post-opératoire (Soc. d'ophtalmologie de

Lyon, 1907, 5 juin et *Lyon médical*, 1907, 15 déc. p. 1023).

Dubreuihl. — Botryomycome ungueal (Soc. de Dermato et de Syphiligraphie, 1921, 8 déc.).

Dufestel. — L'héliothérapie artificielle, 1922. Thèse Paris, nº 449.

Faure (J.-L.). — Maladies chirurgicales de la peau, 1908.

Forgue. — Soc. des Sci. médicales de Montpellier, 1903, 30 juin.

Gahinet. — Les tumeurs botryomycosiques chez le cheval et chez l'homme, 1902. Thèse Paris.

Gaillard et Noqué. — Traité de Stomatologie.

Hartmann. — Présentation d'un Mémoire de MM. Lecène et Bellin (Botryomycose de la muqueuse palatine) (*Bull. et Mém. de la Soc. de chirur.*, 1906, 14 mars, p. 297).

— Rapport sur 27 observations de botryomycose présentées par MM. Thierry, Lenormand, Dujarier, Lecène, Silhol (*Bull. el Mém. de la Soc. de chirurgie*, 1906, 28 mars, p. 371).

Julliard. — Botryomycome chez l'homme. Double localisation (*Revue médicale de la Suisse romande*, 1900, 11 juillet).

Kuttner. — Ueber des telangiektatische Granulome (*Beitr. z Klin Chir.* Tubingen, 1905, t. XLII, p. 1).

— Ueber des telangiektatische Granulome (*Archiv. f. derm· syph.*, 1908, p. 185).

Labbé (Alphonse). — Contrib. à l'étude de la botryomycose humaine, 1908-1909. Thèse Paris. nº 206.

Lagriffoul. — Sur l'agent pathogène de la botryomycose (Soc. des Sci. médicales de Montpellier, 1903, 30 janvier).

Le Berre. — Contribution à l'étude de la botryomycose, 1903-1904. Thèse Paris, nº 249.

Lecène et Okinczyc. — Pseudobotryomycome de l'annulaire (papillome d'irritation par corps étranger) (*Bull. et Mémoires de la Soc. Anato. de Paris*, 1911, 24 fév., p. 123).

Lecène et Bellin. — Botryomycose de la muqueuse palatine (Mémoire présenté par M. Hartmann à la Soc. de Chirurgie, 1906, 14 mars, p. 297).

Legrain. — Botryomycose (*Archives de Parasitologie* 1898, janvier, p. 164 et *Lyon médical*, 1898, 22 mai, p. 135).

Legroux. — La botryomycose, 1903-1904. Thèse Paris, nº 406.

Lenormant. — Un cas de botryomycose (*Gaz. hebdomadaire de Méd. et de Chirur.*, 1900, 21 fév.,p. 169).

— Sur la prétendue botryomycose humaine (*Ann. de dermato.et de syphiligraphie*, 1910, avril, p. 161).

— Trois observations de botryomycose (Soc. Anato., 1910 18 fév., p. 131).

Letulle. — La botryomycose, histogénèse, nature parasitaire (C. R. Soc. de biologie, 1908, I, p. 267).

— Origine amibienne de certains botryomycoses (Soc. de biologie, 1908, 15 fév.).

— La botryomycose (*Journal de Physio. et de Path. génér.*, 1908, t. X, mars, nº 2, p. 256-266).

Magron. — Sur la botryomycose expérimentale. Soc. de Biol., 1911, t. LXX, fév., p. 220).

— Les grains botryomycotiques. Leur signification en pathologie et biologie générales, 1913-1914. Thèse Paris, nº 267.

Patry. — Botryomycome de la lèvre inférieure (*Bull. et Mém. de la Soc. anat.*, 1908, juin, p. 352).

Pasquier. — Un cas de botryomycome du pavillon (Soc. de laryngo, d'otologie, de rhinologie de Paris, 1908, 6 juin).

PICQUE. — Note sur deux tumeurs présentant l'apparence de la botryomycose humaine (*Bull. et Mém. de la Soc. de Chirurgie*, 1903, 18 fév., p. 234).

POUCET et DOR. — Botryomycose humaine (Congrès de Chirurgie de Paris, 1897) (*Lyon médical*, 1897, 24 octobre; 1898, 30 janvier et 6 février).

— Deux nouvelles observations de botryomycose humaine (Congrès de Chirurgie de Paris, 1902, octobre ; Soc. de Médecine de Lyon, 1903, 22 juin).

SABRAZÈS et LAUBIE. — Lésion framboisiforme de la région frontale simulant le pian des pays chauds et la botryomycose (*Archives de parasitologie*, 1898, p. 410).

— Non spécificité de la botryomycose (*Arch. génér. de Méd.*, 1899, t. II, p. 513).

SAVARIAUD et DEGUY. — Botryomycose (*Bull. de la Soc. Anat.*, 1901, p. 282).

— La botryomycose (*Gaz. des Hôpitaux*, 1902, p. 1129).

— A propos de la botryomycose. Réponse à M. Delore (*Gaz. des Hôp.*, 1902, p. 1245).

— La botryomycose (*Revue française de Méd.et de Chirurgie*, 1903, 5 janvier).

SOUBEYRAN. — Une observation de botryomycose (Soc. anato., 1903, nov.).

SPICK. — Spécificité de la botryomycose, 1899. Thèse de Lyon.

SPIRE. — Contribution à l'étude du botryomycome, 1921-1922. Thèse Bordeaux, nº 40.

SPOURGITIS. — La botryomycose humaine (*Archiv. provinciales de médecine*, 1er août 1900 et Thèse de Paris, 1900).

TERRIER. — A propos de la botryomycose(Société de Chirurgie, 1903, 4 mars, p. 285).

THIBIERGE et LEGRAIN. — Cylindrome de la vulve rappe-

lant l'aspect du botryomycome (*Bull. de la Soc. franç. de dermat.*, 1920, 8 janv., p. 9).

THIERY. — Botryomycose humaine (Soc. de Chirurgie, 1902, 23 fév. (*Gaz. des Hôp.*, 1902, p. 240).

— Botryomycose (*Bull. et Mém. de la Soc. de Chirurgie*, 1906, 21 fév., p. 228).

TIXIER. — Botryomycose de la face interne de la cuisse (*Bull. Soc. de Chirurgie*, 1904, avril, p. 141).

VERDELET. — Tumeur de la main rappelant la botryomycose humaine (*Journal des maladies cutanées et syphilitiques*, t. XII. 1900, p. 18).

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION 9
CHAPITRE PREMIER. — Historique. 11
CHAPITRE II. — Étude clinique 17
CHAPITRE III. — Diagnostic 26
CHAPITRE IV. — Anatomie pathologique 33
CHAPITRE V. — Traitement 38
OBSERVATIONS. 43
CONCLUSIONS 68
BIBLIOGRAPHIE 70

Imp. de la Faculté de Médecine, Jouve et Cie, 15, rue Racine, Paris. — 6319-24